

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

62

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean GAUTIER

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né à Chemillé (Maine-et-Loire), le 7 Février 1893

**Contribution à l'Etude
des Kystes séreux
DE L'ABDOMEN**

Président : M. LEJARS, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1927

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES

SÉREUX DE L'ABDOMEN

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean GAUTIER

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Né à Chemillé (Maine-et-Loire), le 7 Février 1893

**Contribution à l'Etude
des Kystes séreux
DE L'ABDOMEN**

Président : M. LEJARS, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1927

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie	N....
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	N....
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÈNÈTRIÈRE.
Pathologie expérimentale et comparée	N....
Clinique médicale.....	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.....	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
Clinique urologique	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.]
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.....	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI Pathologie médicale.
 ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN..... Pathologie médicale.
 BASSET..... Pathologie chirurgicale
 BAUDOUIN Pathologie médicale.
 BINET..... Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRANCA..... Histologie.
 BRULÉ..... Pathologie médicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY..... Histologie.
 CHIRAY..... Pathologie médicale.
 CLERC..... Pathologie médicale.
 DEBRE..... Hygiène.
 I. de JONG..... Anatomie pathologique.
 DUVOIR..... Médecine légale.
 ÉCALLE..... Obstétrique.
 FIESSINGER... Pathologie médicale.
 FOIX..... Pathologie médicale.
 GARNIER..... Pathologie expériment".
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER. Urologie.

MM.

HOVELACQUE. Anatomie.
 JOYEUX..... Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER.... Obstétrique.
 LEMAITRE..... Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE..... Pathologie médicale.
 LEVY-SOLAL.. Obstétrique.
 LHERMITTE... Pathologie mentale.
 LIAN..... Pathologie médicale.
 MATHIEU..... Pathologie chirurgicale.
 METZGER..... Obstétrique.
 MOCQUOT Pathologie chirurgicale.
 MONDOR..... Pathologie chirurgicale.
 MOURE..... Pathologie chirurgicale.
 MULON..... Histologie.
 PHILIBERT... Bactériologie.
 RIBIERRE Pathologie médicale.
 RICHEL Fils... Physiologie.
 TANON..... Pathologie médicale.
 VAUDESCAL... Obstétrique.
 VERNE..... Histologie.
 VILLARET..... Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT.... Pathologie médicale.
 GUÉNIOT Obstétrique.

MM.

RETTERRER.... Histologie.

IV. AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY..... Clinique chirurgicale.
CHEVASSU..... Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique médicale.
LEROUBOLLET.. Clinique médicale infantile.

MM.

LÈRI Clinique médicale.
LŒPER Clinique médicale.
PROUST..... Clinique chirurgicale.
RATHERY Clinique médicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.

V. CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé..... } Chargé du cours de chirurgie orthopédique
chez l'adulte pour les accidents du travail, les
mutilés de guerre et les infirmes adultes.

FREY Stomatologie.

CHAILLET-BERT..... Éducation physique.

LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mes Parents

A ma Femme,
en témoignage de ma profonde affection.

A mes Enfants

Meis et Amicis

A mon Maître et Président de thèse,
M. le Professeur LÉJARS,

Professeur de clinique chirurgicale, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine, Officier de la Légion d'Honneur, qui nous a fait le grand honneur de bien vouloir présider notre thèse, en témoignage de notre profonde reconnaissance.

A mon Maître, M. le Docteur CHIFOLIAU,

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis, Chevalier de la Légion d'Honneur, qui nous a fourni le sujet de cette thèse, nous sommes heureux de témoigner ici notre reconnaissance pour ses enseignements et sa grande bienveillance à notre égard.

A mes Maîtres de l'Ecole de Médecine d'Angers

A la mémoire de M. le Professeur THIBAUT

A Monsieur le Professeur BOQUEL,
Directeur de l'Ecole de Médecine.

A Monsieur le Professeur Charles MARTIN,
Chirurgien des Hôpitaux.

A Messieurs les Professeurs BRIN, DÉNÉCHAU,
TURLAIS.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris,

EXTERNAT

M. le Docteur BALDENWECK, 1921-22

M. le Professeur M. LABBÉ, 1921

M. le Docteur SAINTON, 1920

INTERNAT PROVISOIRE ET INTERNAT

M. le Docteur HALBRON, 1923

M. le Docteur SORREL, 1923

M. le Professeur agrégé ALGLAVE, 1924

M. le Professeur LEJARS, 1925

M. le Docteur CHIFOLIAU, 1926

A Monsieur le Professeur MÉNÉTRIER

A Messieurs les Docteurs CADENAT, LOUIS RAMOND,
LEVY-SOLAL, GUIMBELLOT, METIVET, BROCC,
BERGERET, HENRI BÉNARD, de GAUDART d'AL-
LAINES.

INTRODUCTION

Au cours de notre année d'internat passée dans le service de notre Maître, Monsieur le Docteur Chifoliau, nous avons eu l'occasion de voir, d'opérer et de suivre un malade présentant une tumeur de la région épigastrique qui, à l'intervention, apparut être un kyste séreux développé au niveau du ligament suspenseur du foie. Cette observation fut pour nous le point de départ de recherches que nous essayons de réunir dans cette thèse.

La cavité abdominale est en quelque sorte le lieu d'élection pour le développement de collections liquides de siège, de nature et d'évolution très variables. Mais alors que de nombreux kystes ont une étiologie bien définie, tels que les kystes parasitaires, une pathogénie bien connue, comme les kystes de l'ovaire, les kystes glandulaires du pancréas, les kystes de l'ouraque, les kystes traumatiques, il est tout un groupe de kystes de siège, de forme, de dimensions très variables. Ils ont comme caractères primordiaux de posséder une membrane propre, de contenir un liquide séreux et d'être le plus souvent uniques. Ils évoluent sans

signes fonctionnels importants, tout au moins pendant longtemps, et relèvent de pathogénies diverses prêtant, pour certains d'entre eux, à de nombreuses discussions. Ils constituent la classe des kystes séreux de l'abdomen qui, bien souvent, ne sont reconnus qu'à l'intervention et peuvent prêter à de multiples erreurs de diagnostic.

HISTORIQUE

Les kystes séreux sont des tumeurs bénignes, de notion relativement récente. Vers 1840, Rokitanski fit, le premier, une étude de ces tumeurs qu'il décrivit au point de vue de l'anatomie pathologique macroscopique. Plus tard, en 1860, Potain, dans sa thèse d'agrégation sur les lymphatiques de l'abdomen, donna une interprétation pathogénique très discutée et ne s'appliquant qu'à un nombre restreint de cas.

Ce n'est qu'à partir de la période antiseptique que les observations deviennent plus nombreuses. Jusqu'à ce moment, en effet, les kystes séreux n'étaient, comme beaucoup de tumeurs abdominales, que des trouvailles d'autopsie ou n'étaient vérifiés qu'à l'amphithéâtre.

Actuellement, grâce aux progrès de l'asepsie, l'innocuité de la laparotomie est presque absolue et les interventions multiples pratiquées à l'occasion de tumeurs abdominales ont montré la fréquence plus grande qu'on ne croyait autrefois de ces kystes séreux dont l'étude devient chaque jour plus précise.

DEFINITION

Les kystes séreux de l'abdomen se présentent sous deux grandes variétés.

Les uns sont de petits kystes multiples, dûs en général à des inflammations antérieures, aiguës ou subaiguës, qui ont provoqué la formation d'adhérences péritonéales limitant des loges plus ou moins étendues. Ces petits kystes, qui n'ont pas de paroi propre, s'observent fréquemment chez la femme, à la suite de lésions annexielles et ne rentrent pas dans le cadre de notre sujet.

Nous n'étudierons donc que les grands kystes séreux de l'abdomen, uniloculaires, limités par une paroi propre et pouvant atteindre un volume parfois considérable.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Siège. — Leur situation est très variable. Les uns sont plus ou moins libres dans la cavité abdominale et se développent dans le grand épiploon, au niveau de la rate, de l'utérus, de la prostate ou dans l'épaisseur des mésentères, en particulier dans le mésentère.

Les autres naissent dans le tissu cellulaire sous-péri-

fonéal. Fréquemment, on les rencontre dans la région lombaire, au niveau des fosses iliaques; enfin, le kyste que nous avons observé siégeait derrière la paroi abdominale antérieure, dans l'épaisseur du ligament falci-forme ou faux de la veine ombilicale.

En effectuant nos recherches, principalement dans les trente dernières années, nous avons pu réunir, en plus des deux observations qui figurent à la fin de cette thèse, 62 cas de kystes séreux de l'abdomen qui se répartissent de la façon suivante :

- 19 kystes retro-péritonéaux;
- 18 kystes du mésentère;
- 6 kystes du grand épiploon;
- 5 kystes du mésocolon transverse;
- 4 kystes de l'utérus;
- 2 kystes de la capsule surrénale;
- 2 kystes du pancréas.

Les autres siégeaient au niveau du mésocolon pelvien, de la prostate, de la rate et au niveau du ligament large.

Pallotti, qui, en 1926, passait en revue les kystes de l'abdomen, en trouvait 15 retro-péritonéaux, 43 au niveau du mésentère et 8 au niveau du mésocolon transverse.

La différence entre ces deux statistiques dépend surtout de l'extension qu'il donnait aux kystes du mésentère, dans lesquels il englobait toutes les tumeurs liquides de la région, quelle qu'en soit l'origine et le contenu.

On voit donc que, d'après nos recherches, les kystes séreux du mésentère et de l'espace sous-péritonéal forment plus de moitié des kystes séreux de l'abdomen et se trouvent en nombre sensiblement égal.

Forme

Leur forme est très variable. Arrondis ou ovalaires, ils présentent parfois des formes plus systématisées, et dans l'observation due à l'obligeance de M. Cadenat, chirurgien à l'Hôpital Saint-Louis, le kyste de situation iliaque avait exactement la forme d'un rein, avec bord interne excavé, donnant l'impression d'un hile rénal.

Les dimensions

Les dimensions varient également suivant chaque kyste. A côté de kystes de volume moyen, comparable à un poing d'adulte, il en est d'autres qui forment des tumeurs volumineuses, distendent et déforment l'abdomen, entraînant des troubles multiples de compression.

Mais quel que soit leur volume, ils sont toujours entourés par du tissu cellulaire condensé à leur périphérie et qui forme un plan de clivage rendant souvent leur énucléation relative aisée.

L'étude anatomo-pathologique comprend deux chapitres : l'étude de la paroi et celle du contenu.

PAROIS

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Paroi externe. — Elle est, en général, de coloration blentée et parcourue parfois par de grosses veines. Elle est au contact de l'atmosphère celluleuse dans laquelle est contenu le kyste et présente, de règle, des limites bien nettes. Elle adhère peu aux tissus environnants, aussi, son énucléation est-elle le plus souvent facile. Après son ablation, on ne constate que quelques prolongements graisseux soutenant de minuscules vaisseaux trop peu importants pour qu'on puisse les considérer comme un pédicule vasculaire l'amarrant aux organes voisins.

D'habitude, elle est peu vascularisée; mais quelquefois des vaisseaux importants glissent contre elle. Aussi, les difficultés d'extraction ne sont-elle dues, le plus souvent, qu'à l'importance des organes voisins placés au-devant du kyste, à des vaisseaux volumineux qui gênent son abord, ainsi que cela peut se produire au niveau du mésentère, du mésocolon transverse, etc...

Son épaisseur, très variable, est le plus souvent, de 2 à 5 millimètres, mais, dans les vieux kystes, peut atteindre 10, 12 millimètres ou même davantage.

Paroi interne. — A l'ouverture, on constate que la paroi interne est blanchâtre, lisse, unie, brillante et n'offre que rarement des végétations, peu développées d'ailleurs, ou des cloisons tendant à diviser le kyste.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

La paroi du kyste est formée de plusieurs couches que l'on peut grouper en trois :

Une couche externe conjonctive, dans laquelle se trouvent quelques vaisseaux peu importants ;

Une couche moyenne, plus intéressante, et de texture variable, dont l'étude pourra, dans certains cas, faire présumer la nature du kyste. Elle contient, en effet, des fibres élastiques et parfois des éléments lymphoïdes indiquant la nature lymphatique de la tumeur.

La paroi interne, la plus importante, présente, tout au moins dans les kystes encore jeunes, un revêtement épithélial ou endothélial.

L'endothélium offre souvent les caractères de l'endothélium péritonéal et nous verrons plus tard quelles conclusions il sera logique d'en tirer. D'autres fois, il a l'aspect de l'endothélium des vaisseaux lymphatiques, caractère permettant de préjuger de la nature du kyste.

Quant à l'épithélium, il peut être parvimenteux, stratifié, cylindrique, etc... ; mais, dans beaucoup de cas, surtout dans les kystes lombaires ou iliaques, il présente les caractères de l'épithélium rénal primitif, traduisant l'origine de la tumeur aux dépens de débris wolffiens.

Mais ces caractères de la paroi interne ne persistent pas indéfiniment. Au bout d'un temps plus ou moins long, l'épithélium peut tomber et le kyste est

alors limité par une membrane lisse, unie, formant un véritable chorion. Les caractères sur lesquels on aurait pu se baser pour déterminer l'origine du kyste sont disparus et il est alors beaucoup plus difficile de résoudre le problème pathogénique du kyste qui n'est plus basé alors que sur des hypothèses ou des analogies.

Contenu

Le liquide est transparent, incolore ou légèrement jaune-citron et contient une petite quantité d'albumine ou de la mucine.

Le liquide du kyste de la fosse iliaque que nous avons fait examiner présentait les caractères suivants :

Densité :	998.
Réaction	neutre.
Extrait sec	7,23 0/00
Cendres	5,98 —
Matières organiques	1,25 —

Les cendres se composaient de cette façon :

Chlorures	3,10 0/00
Phosphates	0,20 —
Chaux	1,49 —
Soufre	traces.

Les matières organiques comprenaient :

Urée	0,13 0/00
Azote total	0,125 —

dont 0,06 correspondant à l'urée.

Albumine	0,38 0/00
Glucose	néant.
Cholestérine	traces.

Evolution anatomique

Nous avons déjà vu l'altération qui peut survenir au niveau de l'épithélium tapissant la paroi interne du kyste. D'autres phénomènes peuvent se produire.

Des hémorragies intrakystiques apparaissent quelquefois : plusieurs observations les relataient ; mais elles sont peu fréquentes, comme le fait présager la faible vascularisation de la tumeur.

A plusieurs reprises également, nous avons vu mentionner l'infection du kyste grâce à la proximité du tube digestif ou à la suite d'une infection générale. Le contenu devient trouble ou même purulent. Le kyste adhère aux organes voisins dans lesquels il s'ouvre parfois, ainsi que l'a signalé Marnetta Vogt. Les adhérences secondaires qui en résultent rendent laborieuse, sinon impossible, l'ablation du kyste et nécessitent la marsupialisation de la poche.

Il faut d'ailleurs remarquer que ces adhérences péri-kystiques ne sont pas uniquement conditionnées par l'inflammation : les vieux kystes se fusionnent peu à peu avec les organes voisins desquels il est souvent difficile de les séparer.

Lorsque le kyste est très mobile, on conçoit qu'il puisse présenter des phénomènes de torsion, ainsi que le montre une observation de Trutié, en 1919.

Enfin, comme toutes les tumeurs bénignes, il est susceptible de dégénérescence ; c'est une éventualité qui ne s'observe guère que dans les lymphangio-endothéliomes kystiques.

PATHOGÉNIE

C'est la partie la plus intéressante de l'étude des kystes séreux de l'abdomen. Ce problème a été résolu de façon très différente, suivant les auteurs et suivant, également, les époques où il a été abordé.

La variabilité de ces opinions est d'ailleurs facilement expliquée du fait que la multiplicité récente des observations a jeté un jour plus considérable sur cette question, et qu'à la lumière de l'embryologie et des examens microscopiques, des données nouvelles sont venues s'ajouter aux conceptions primitives.

Potain, qui, le premier, essaya d'en donner une interprétation, n'avait en vue que l'origine lymphatique. Dans sa thèse d'agrégation, il décrivait la distension hystique des ganglions lymphatiques chroniquement enflammés, comme cause des kystes abdominaux.

Actuellement, cette explication ne répond qu'à un nombre de cas très restreints et à une variété bien spéciale de tumeurs kystiques. Aussi a-t-on recours à d'autres théories, variant d'ailleurs suivant le siège et l'évolution du kyste.

La pathogénie permettra, de plus, de grouper les kystes, de façon arbitraire peut-être; mais il semble encore bien difficile d'établir une classification reposant sur une autre base.

Nous ne parlerons pas des kystes traumatiques.

Constitués par un liquide séro-hématique, ils ne présentent pas de paroi propre et sont des pseudo-kystes qui ne ressemblent que de loin aux vrais kystes que nous étudions.

Il en est de même des kystes glandulaires dont les principaux sont les kystes pancréatiques.

Ces cas éliminés, les kystes séreux ressortissent à trois modes d'origine : les kystes congénitaux relevant d'une inclusion embryonnaire ou d'une disposition particulière du péritoine, les kystes inflammatoires et les kystes lymphatiques.

Kystes congénitaux

Ils peuvent provenir de débris embryonnaires qui, à un moment donné, se développent, se transforment en une masse kystique de volume variable et dont le siège nous est expliqué par l'embryologie. C'est ainsi qu'on voit une tumeur kystique prendre naissance au niveau du canal omphalo-mésentérique, du canal de Muller, cette dernière s'étendant dans le ligament large.

De cette variété, on doit rapprocher les entéro-kystomes dus à une inclusion intramésentérique de l'endoderme intestinal et que caractérise un épithélium cylindrique, ainsi qu'on le retrouve dans une observation de Barrer.

Mais beaucoup plus importants et beaucoup plus fréquents sont les kystes développés aux dépens des débris wolffiens. Ils ont d'ailleurs un territoire plus étendu, qui va de la région lombaire jusque dans le petit bassin,

trajet qui nous est indiqué par la situation du corps de Wolff et du canal de Wolff. Qu'ils occupent la région lombaire, la fosse iliaque ou le petit bassin, ils possèdent un épithélium cubique unistratifié composé de cellules secrétantes qui portent à leur pôle libre une ou plusieurs boules de sécrétion se colorant en bleu par le bleu polychrome. Cet épithélium repose sur une paroi fibreuse contenant quelques fibres musculaires lisses. En certains points, on peut trouver des tubes qui ont la structure d'un tube wolffien avec épithélium cylindrique unistratifié et une gaine conjonctivo-musculaire lisse.

D'autres kystes se développent aux dépens de débris endothéliaux persistant après la coalescence des différents segments du péritoine. Il se produit, en quelque sorte, un pincement du péritoine qui exclut de la grande cavité une portion minime de l'endothélium. Suivant un processus analogue à celui qu'on observe au niveau du conduit vagino-péritonéal, pour expliquer la formation des kystes du cordon, il se produit une sécrétion plus ou moins abondante qui distend la petite poche exclue et constitue le kyste. Ce phénomène, qui explique la formation de certains kystes du mésentère, du grand épiploon, semble présider au développement du kyste du ligament suspenseur du foie, au niveau duquel la paroi était tapissée par un endothélium rappelant l'endothélium péritonéal.

Les défauts d'accollement qui apparaissent au cours de l'évolution du péritoine peuvent également détermi-

ner le développement de certains kystes. Entre les fascias insuffisamment accolés persistent des cavités virtuelles qui, sous l'influence de causes variables, se remplissent d'exsudat et deviennent kystiques.

Dans certains cas, c'est sous l'influence d'une inflammation subaigue ou chronique que se fait ce développement kystique et ainsi se trouve réalisée une forme intermédiaire entre les kystes purement congénitaux et les kystes inflammatoires.

Mais ayant d'aborder l'étude de ces derniers, il convient de signaler une cause rare, il est vrai, mais que l'on doit noter : la cause mécanique. Si, dans les conditions habituelles, le poli des surfaces péritonéales est suffisant pour empêcher la formation des adhérences et des formations kystiques, par contre, dans certains cas, des modifications péritonéales apparaissent, ainsi que l'a montré M. Lecène, au cours d'une hernie volumineuse. Grâce aux traumatismes répétés, des adhérences unissent deux feuillets péritonéaux; il se forme une véritable bourse séreuse dans laquelle pourra se collecter un kyste. L'examen microscopique de la pièce dont il s'agit montra d'ailleurs une paroi analogue à celle des coupes d'hygroma.

Kystes inflammatoires

Ils constituent le deuxième groupe des kystes séreux. Nous ne parlerons pas des kystes multiples que l'on rencontre à la suite des inflammations péritonéales et qui traduisent, surtout au niveau du petit bassin, les

vestiges de l'infection. Mais dans tout l'abdomen, surtout dans les régions où des cloisonnements nombreux facilitent ce genre de réaction, on peut rencontrer le développement de kystes séreux. Leur siège d'élection est au niveau de la région sous-hépatique, de l'arrière-cavité des épiploons ou de la région splénique.

Kystes lymphatiques

Reste le troisième groupe, qui comprend les kystes dont le point de départ serait le système lymphatique. Ils peuvent naître soit aux dépens de ganglions, soit aux dépens des vaisseaux lymphatiques.

Les kystes à point de départ ganglionnaire constituent les kystes lymphatiques déjà étudiés par Potain. On peut d'ailleurs les ranger également dans la catégorie des kystes inflammatoires, car ils succèdent à une infection ganglionnaire atténuée, devenue kystique. Situés surtout dans le mésentère, région particulièrement riche en lymphatiques, ils sont reconnaissables microscopiquement, grâce aux cellules lymphatiques qui tapissent leurs parois et répondent à la corticale ganglionnaire.

Les kystes qui dépendent des vaisseaux lymphatiques constituent une variété de lymphangiome kystique et, comme les précédents, occupent surtout le mésentère. Ils ont d'ailleurs un aspect spécial, différent des kystes uniloculaires. Ils forment, en effet, des tumeurs plus ou moins volumineuses, irrégulières, bosselées, dans lesquelles l'examen microscopique montre une paroi tapis-

sée par un endothélium aplati. Très souvent, les ganglions dont ils dépendent sont augmentés de volume, indice d'une inflammation latente.

Ces deux variétés de kystes lymphatiques sont essentiellement caractérisées par leur bénignité. Quelquefois, mais plus rarement, on rencontre une autre forme de kyste lymphatique, dans laquelle la paroi endothéliale devient exubérante, prolifère abondamment et caractérise le type des lymphangio-endothéliomes kystiques. Ceux-ci sont non seulement intéressants au point de vue histologique, mais également au point de vue évolutif, car ils peuvent dégénérer et forment la transition entre les kystes séreux bénins et certaines tumeurs malignes kystiques.

SYMPTOMES

Il est impossible de décrire une symptomatologie d'ensemble des kystes séreux de l'abdomen : les signes sont tellement variables, suivant le siège, le volume et les accidents qui peuvent survenir pendant l'évolution du kyste, que, pour faire une étude clinique complète, il faudrait prendre chaque cas particulier, ce qui équivaldrait à passer en revue toute la séméiologie abdominale. Aussi, tâcherons-nous d'insister uniquement sur les principaux symptômes qui pourront faire soup-

çonner le diagnostic de la tumeur ou tout au moins, dans les cas complexes, pourront faire admettre quelques réserves.

Pendant longtemps, le kyste peut rester latent et parfois c'est au cours de l'examen complet du sujet qu'à la palpation on trouve dans l'abdomen, en un point variable, une masse bien lisse, régulière, plus ou moins fixe, mais en général indolente. Dans 11 observations, nous avons rencontré cette absence de symptômes.

Plus fréquemment, et nous l'avons trouvé dans 19 cas, lorsque le kyste a atteint un certain volume ou du fait de sa situation, ce sont des signes d'ordre banal qui attirent l'attention du sujet. Il accuse une sensation de pesanteur, de tiraillement, des troubles digestifs vagues ou parfois même quelques signes passagers et légers de réaction péritonéale dus à un accident survenant au kyste. Un peu de douleur, quelques nausées au même des vomissements apparaissent, puis s'effacent aussi rapidement qu'ils sont arrivés. Dans certains cas, ces symptômes ne s'atténuent qu'imparfaitement, cèdent la place à un état douloureux subaigu auquel succédera une nouvelle crise parfois plus intense.

A ce moment, l'examen montre en plus d'une légère réaction péritonéale, la sensation d'une masse douloureuse, assez dure, plus difficile à limiter que dans les cas précédents, à cause des réactions de défense qui accompagnent ces périodes douloureuses.

Fréquemment, nous l'avons trouvé dans 17 observa-

tions, l'affection s'annonce par une tumeur abdominale qui augmente progressivement de volume.

Ce n'est que dans des cas plus rares que le début se fait brutalement, par une symptomatologie abdominale bruyante, des douleurs, des vomissements, qui révèlent une tumeur jusque là insoupçonnée et indiquant une intervention d'urgence. C'est ainsi que, cinq fois, on a fait le diagnostic d'occlusion intestinale, cinq fois celui d'appendicite et deux fois celui de torsion d'un kyste.

Si l'on excepte ces dernières variétés dans lesquelles l'examen ne permet pas toujours, surtout si le sujet est un peu fort, de bien préciser la tumeur, on voit donc que le diagnostic repose principalement sur l'examen physique.

SIGNES PHYSIQUES

Inspection

Elle ne fournit quelque renseignement que s'il s'agit d'un kyste volumineux déformant plus ou moins l'abdomen ; mais c'est là un signe banal qui n'apporte rien à la précision du diagnostic.

Palpation

Ce procédé fait, par contre, sentir une tumeur lisse, unie, le plus souvent régulière et surtout indolore. La

mobilité est variable. Tantôt, elle est absolument immobile, fixée contre la paroi abdominale, tantôt elle présente une mobilité absolue dans les différents sens ou n'est qu'en partie fixée, mais toujours les manœuvres effectuées sont indolores.

Lorsqu'elle occupe la région épigastrique ou les hypochondres, elle peut participer à la mobilité du diaphragme; de même, si elle siège dans la région lombaire, on trouve parfois le ballottement lombaire, ce qui peut faire croire à une tumeur rénale ou à une hydronéphrose.

La consistance dépend du volume et de la tension du liquide. Quand le kyste est peu volumineux et sous forte tension, il donne la sensation de rénitence; s'il est volumineux, la fluctuation qu'il présente permet d'éliminer d'emblée les tumeurs solides de la région.

Percussion

Elle peut également donner des renseignements intéressants. Quand le kyste est peu développé, il est généralement recouvert et masqué par la sonorité intestinale; mais d'autres fois, il entre en contact immédiat avec la paroi antérieure de l'abdomen et présente une matité régulière, plus ou moins fixe, se superposant aux données de la palpation.

Dans les cas schématiques, la sonorité intestinale le sépare de la matité hépatique et fait éliminer aussitôt le siège hépatique de la collection.

Enfin, les résultats de l'examen varient parfois sui-

vant certaines manœuvres. C'est ainsi que l'insufflation gastrique ou colique peut permettre à ces organes de recouvrir le kyste et lui faire attribuer une situation profonde.

D'ailleurs, deux examens devront être pratiqués systématiquement, étant donné qu'on se trouve en présence d'une tumeur liquide à évolution lente et indolore.

On recherchera le frémissement hydatique qui, s'il est positif, aiguillera le diagnostic vers le kyste hydatique et on pratiquera toujours un toucher vaginal pour éliminer le kyste de l'ovaire.

Radiographie

On terminera l'étude physique par l'examen radiographique. Si dans certains cas le résultat est négatif, souvent, par contre, la radiographie confirme la présence d'une tumeur liquide opaque et à contours très nets.

Etat général

Le plus souvent, il n'y a pas de retentissement sur l'état général : on ne l'observe qu'au cours des complications. Toutefois, pour parfaire l'examen, on devra rechercher s'il n'y a pas d'osinophilie sanguine plus importante que normalement, faire la réaction de Weniberg Parvu et voir si l'intradermo-réaction de Casoni n'orienterait pas d'un autre côté le diagnostic.

Evolution

Elle est longue et de règle insidieuse; le malade ne vient souvent consulter que pour l'augmentation progressive du volume de la tumeur. Bien souvent, d'ailleurs, l'état reste stationnaire et l'on ne découvre la tumeur qu'à l'autopsie.

Complications

Par contre, des complications surviennent parfois qui, non seulement peuvent révéler la tumeur, mais aussi imposer une intervention d'urgence.

Nous avons vu que les troubles digestifs vagues qu'il occasionne rentrent plutôt dans le cadre de la symptomatologie habituelle du kyste; mais des signes plus importants sont quelquefois observés.

Dans un cas, l'œdème est apparu au niveau des membres inférieurs, traduisant la compression des veines iliaques ou de la veine cave inférieure.

Plus souvent surviennent des phénomènes aigus et d'allure grave, d'ordre divers et que nous avons relevés dans 12 observations.

Cinq fois, ils étaient dus à l'infection du kyste par suite du voisinage du tube digestif ou de la localisation d'une infection générale. Cette complication s'annonce par des douleurs violentes, avec réaction péritonéale et signes généraux d'infection qui avaient fait poser le diagnostic d'appendicite. La tumeur devient douloureuse à la palpation, mais souvent elle est mal sentie, par

suite de la réaction péricystique et de la contracture de la paroi abdominale. Ces symptômes imposent une intervention immédiate, sinon on risque de voir la poche purulente s'ouvrir dans le péritoine et déterminer une péritonite généralisée, rapidement mortelle.

D'autres fois, l'infection s'atténue, se refroidit. Mais de nouvelles poussées, plus ou moins vives, réapparaissent, amenant la production d'adhérences gênant considérablement l'ablation du kyste qu'on est souvent obligé de marsupialiser.

Dans cinq cas également, des accidents d'occlusion intestinale ont marqué le début de la phase clinique du kyste ou sont survenus après des accidents digestifs banaux et ont imposé une intervention immédiate.

Deux observations ont signalé la production d'hémorragies intrakystiques. Elle se traduit par de légères poussées douloureuses, avec augmentation brusque ou rapide de la tension et du volume du kyste, pendant que le contenu devient séro-hématique ou noirâtre et plus ou moins épais.

Plus bruyante, mais aussi rare, est la torsion du kyste, que nous avons trouvée deux fois. Elle se manifeste par un syndrome abdominal aigu forçant à l'intervention, dont le siège sera basé sur la sensation plus ou moins nette de masse abdominale douloureuse.

Nous n'avons pu trouver de rupture du kyste, mais il est facile de concevoir que cette complication puisse survenir avec toutes ses conséquences graves d'infection péritonéale.

Il en est de même de la dégénérescence du kyste. Cette transformation se fait de façon insidieuse et se révélera soit par des douleurs, soit par une péritonite cancéreuse secondaire qui signe la complication et indique la gravité du pronostic.

Formes cliniques

Nous ne nous étendrons pas sur ce chapitre que l'on peut développer à loisir. Le kyste peut, en effet, suivant son siège, sa forme, son évolution, son volume, présenter des aspects cliniques multiples. Nous ne signalerons que le kyste du ligament suspenseur du foie, intéressant à cause de son siège; et qui nous semble être la première observation publiée d'une telle localisation. Quant au kyste de notre deuxième observation, il est remarquable à cause de sa forme. Il avait, en effet, absolument la forme et les dimensions d'un rein, ce qui rendait presque fatale l'idée qu'on se trouvait en présence de ptose rénale.

Pronostic

En règle, le pronostic est bénin. Les sujets qui en sont porteurs, nous l'avons vu, ne présentent, pendant longtemps, aucun symptôme grave et peuvent même ignorer toujours la présence de cette tumeur. Les complications assez fréquentes représentent environ 1/5^e des cas de kystes que nous avons relevés. Néanmoins, bien sou-

vent, l'intervention n'est pratiquée que parce que la tumeur devient simplement gênante ou inquiète le malade par sa seule présence.

DIAGNOSTIC

Il est bien difficile de faire le diagnostic de kyste séreux de l'abdomen, et, de fait, dans la plupart des observations que nous avons dépouillées, l'erreur a été commise. Tout au plus dans quelques cas, le médecin averti par un cas analogue, antérieurement observé, a-t-il pu faire des réserves en ce sens ou même affirmer la nature de la tumeur. Il faut donc, en présence d'une tumeur vraisemblablement liquide, indolore, bien limitée, indépendante des organes génitaux et ne présentant par les réactions humorales du kyste hydatique, se souvenir de la possibilité d'un kyste séreux. C'est donc surtout un diagnostic probable ou un diagnostic d'élimination que l'on posera, laissant à l'intervention le soin de confirmer ou d'infirmer le diagnostic entrevu.

Faire le diagnostic différentiel équivaut à passer en revue toutes les tumeurs de l'abdomen.

Toutefois, la présence d'une masse liquide indolente, à évolution chronique, doit immédiatement faire songer au kyste hydatique, au kyste traumatique et à la péritonite tuberculeuse enkystée.

Le kyste hydatique s'accompagne de réactions d'ordre

général et de réactions humorales qui, bien souvent, permettent d'orienter dans ce sens le diagnostic.

Si un traumatisme net est signalé dans les antécédents et que la tumeur ne soit apparue qu'ultérieurement, on pourra songer au kyste traumatique, diagnostic qui ne sera d'ailleurs envisagé qu'avec bien des réserves.

Enfin, une péritonite tuberculeuse enkystée peut simuler de façon presque absolue un kyste séreux. Le diagnostic, souvent très difficile, sera basé sur les antécédents du sujet, la marche subaigue de l'infection, l'examen complet du malade pour dépister le moindre signe de tuberculose viscérale. Même après examen bien conduit, le diagnostic de kyste peut être infirmé par l'intervention qui fait constater une péritonite tuberculeuse.

Tels sont les trois diagnostics auxquels il faut systématiquement penser en présence d'un kyste abdominal. Les autres diagnostics sont variables, suivant le siège de la tumeur.

Si elle fait saillie dans l'hypocondre droit, la sonorité colique peut la séparer de la matité hépatique. Mais il n'en est pas toujours ainsi et quelquefois la matité de la tumeur et du foie peuvent se continuer. De plus, la tumeur est parfois mobile avec les mouvements du diaphragme, ce qui accroît encore la difficulté du diagnostic. On devra alors éliminer les tumeurs hépatiques et, au premier chef, le kyste hydatique du foie, grâce à l'étude complète du sujet et à la radiographie qui

montre alors une ombre située dans le parenchyme hépatique.

Les lésions vésiculaires sont également parfois difficiles à distinguer, surtout lorsqu'il n'y a pas d'antécédents bien nets de ce côté. L'examen complet du sujet, le tubage duodénal, en chlolécystoradiographie pourront, dans certains cas, permettre d'éviter l'erreur.

Quand la tumeur occupe la région épigastrique, le diagnostic se pose avec les kystes du pancréas, plus fixes que les kystes séreux, surtout s'ils sont développés au niveau du grand épiploon. Leur siège prégastrique et précolique constaté par l'examen clinique et l'examen radiographique, après insufflation de l'estomac et du colon, pourront orienter le diagnostic. Mais parfois le kyste est développé dans l'arrière-cavité des épiploons et revêt absolument toute la symptomatologie du kyste pancréatique, de sorte que là, comme précédemment, bien souvent, seule l'intervention indiquera le siège et la nature du kyste.

Il en est de même quand la tumeur est développée dans l'hypocondre gauche. On pourrait le confondre avec une splénomégalie ou surtout un kyste de la rate, d'autant plus que la radiographie ne fournit pas toujours des données assez précises pour affirmer le siège de la tumeur.

Lorsque celle-ci est très développée, elle peut en outre s'étendre dans la région lombaire, présenter le contact lombaire et simuler une masse développée aux dépens du rein. L'examen complet ne permettra pas

constamment d'établir un diagnostic ferme et dans bien des cas le dernier mot restera à l'intervention.

Le problème se pose dans des conditions identiques quand le kyste occupe la région lombaire. Le contact lombaire, le siège dans la région rénale, la délimitation difficile à établir pourraient faire croire à une tumeur du rein, à une hydronéphrose. Toutefois, un excellent procédé consistera dans l'examen radiographique, après cathétérisme de l'uretère : sur la plaque, on trouvera une image du bassin et du rein différente de l'ombre kystique.

C'est à ce moyen qu'on devra recourir pour distinguer un kyste iliaque d'une ptose rénale. Dans ce cas, seule la pyélographie fera éviter l'erreur ou, tout au moins, permettra d'affirmer que la tumeur observée est indépendante du rein.

On n'aura guère à différencier un abcès de la fosse iliaque d'un kyste, la limitation moins nette de la collection, les données de l'examen clinique et radiographique du squelette indiqueront en général l'origine et la nature de la tumeur observée.

Si la tumeur est médiane, après avoir rapidement éliminé la distension vésicale, dans le cas de kyste volumineux, on discutera le kyste de l'ouraque exactement médian, adhérent intimement à la paroi abdominale antérieure; dans les cas difficiles, l'intervention seule permettra d'affirmer l'origine exacte du kyste.

Les tumeurs solides du mésentère ne peuvent être distinguées des kystes que sur des nuances souvent si

légères que seule l'intervention peut trancher le différend.

Enfin, resteront à éliminer, chez la femme, les lésions génitales, en particulier les kystes de l'ovaire. Le plus souvent, par un examen attentif, on pourra établir le diagnostic, mais dans certains cas, surtout s'il s'agit de kystes intraligamentaires, le diagnostic restera hésitant et bien souvent c'est l'intervention qui jugera en dernier ressort.

On voit donc toute l'importance de la laparotomie pour affirmer la nature de la tumeur observée. C'est également elle qui permettra de préciser le plus souvent le diagnostic, lorsque des complications aiguës surviennent. La torsion ou l'infection ont pu faire croire à une appendicite aiguë, à une salpingite aiguë, à une occlusion intestinale, etc... Si l'on n'a pas la notion du kyste antérieur, le diagnostic sera souvent très délicat ; on sentira une tumeur douloureuse, difficile à palper ; on posera le diagnostic de réaction péritonéale en rapports avec des accidents survenus au niveau d'une tumeur abdominale. Ce diagnostic ne pourra souvent être poussé plus loin ; mais la chose importe peu, puisque, en même temps, l'indication opératoire s'imposera et, du même coup, permettra le diagnostic et le traitement.

TRAITEMENT

Il n'y a qu'un seul traitement, le traitement chirurgical, qui se pose dans deux conditions, suivant que le kyste est simple ou compliqué.

En dehors de toute complication, l'intervention est facultative. Si l'on opère, il faut enlever la poche en incisant le péritoine directement sur la tumeur ou en pratiquant le décollement péritonéal, quand il est possible. On libère le kyste et on l'enlève souvent intact. S'il est trop volumineux pour être facilement extirpé par cette méthode, on le ponctionne, puis on libère la poche de ses adhérences.

Lorsqu'elle est très intimement fixée aux organes voisins ou lorsqu'on craint de léser des vaisseaux importants, en particulier les vaisseaux coliques ou les vaisseaux mésentériques, il vaut mieux la laisser en place et la marsupialiser. On draine alors en se servant de plusieurs gros drains qu'on raccourcit peu à peu, de manière à laisser la plaie se fermer par le fond. Pour éviter l'infection, on peut faire, comme l'a proposé Arrou, un lavage au chloral, avec une solution dont le taux oscille aux environs de 4 0/00.

Lorsqu'une complication survient, torsion ou infection, il faut intervenir d'urgence. L'ablation de la poche est plus difficile, et c'est surtout dans ces cas qu'on sera obligé de marsupialiser, pour éviter la dissémination de l'infection que provoqueraient de trop larges décollements.

PREMIERE OBSERVATION

Kyste du ligament suspenseur du foie

Cette observation est, nous semble-t-il, la première indiquant une telle localisation d'un kyste séreux. Nous l'avons recueillie pendant l'année que nous avons passée comme interne dans le service de notre excellent Maître, Monsieur le Docteur Chifoliau, à Saint-Louis.

Le malade, âgé de 49 ans, entre à l'Hôpital Saint Louis le 25 juin 1926, pour un tumeur de l'hypocondre droit.

Il y a trois ou quatre mois, le malade s'est aperçu, par hasard, qu'il « portait » à ce niveau une « petite grosseur ». Depuis, elle a augmenté progressivement de volume, sans déterminer aucun trouble de l'état général et sans s'accompagner de gêne ou de douleurs locales. L'appétit est normal et les fonctions digestives ne présentent aucun trouble.

Examen. — On constate, à l'inspection, une voussure légère de l'hypocondre droit et de l'épigastre, voussure peu mobile avec les mouvements respiratoires.

A la palpation, on sent une tumeur arrondie à contours net, de surface lisse et régulière, de consistance rénitente, mais indolore. Elle a le volume d'un gros œuf d'autruche et est séparée du foie par un sillon. Elle semble en contact intime avec la paroi abdominale antérieure et donne à la percussion une matité bien limitée.

Si la respiration n'influe guère sur son siège, par con-

tre, on la mobilise facilement; on peut, en effet, la déplacer dans l'hypocondre gauche et l'abaisser dans la fosse iliaque droite, sans provoquer la moindre douleur.

L'absence de troubles de l'état général, l'indolence, font porter le diagnostic de kyste hydatique de la face inférieure du foie, bien qu'on ne puisse relever aucun des signes de l'intoxication hydatique.

L'examen radiologique indique une masse située en dedans du cœcum, mais ne semblant avoir aucun rapport avec lui.

La réaction de Weniberg n'a pu être faite. Le dosage de l'urée sanguine a donné 0 gr. 45 par litre.

Opération faite le 6 juillet 1926, par M. Chifoliau. Anesthésie éther. Laparatomie médiane sus et sous-ombilicale. La tumeur apparaît immédiatement entre les deux feuillets du ligament suspenseur du foie. Elle s'extériorise facilement et est munie d'une sorte de pédicule de 7 à 8 centimètres de long, répondant au trajet sus-ombilical du cordon de la veine ombilicale.

La décortication est facile et se fait sans hémorragie, en passant entre les deux feuillets du ligament suspenseur du foie. Deux ligatures sont placées sur le pédicule. L'examen de l'abdomen montre que la vésicule biliaire et le foie sont normaux et qu'il n'y a pas d'autres kystes dans la cavité abdominale. Fermeture sans drainage.

Le troisième jour après l'opération, la température atteint 39° et reste en plateau à ce niveau jusqu'au

dixième jour, moment où elle tombe rapidement à 37. A côté d'une réaction pulmonaire nette, le malade a fait un léger ictère. Il sort néanmoins 15 jours après l'intervention sans avoir présenté d'accident local.

Revu le 19 novembre 1926, il est en parfait état, avec une cicatrice solide.

Examen de la pièce. — Le kyste enlevé a le volume d'un œuf d'autruche. Arrondi, il présente de faibles bosselures sur sa face externe. Il contient un liquide absolument clair. Il est unilobulaire, mais sa cavité est parcourue par quelques brides. Sa face interne est lisse et brillante.

On prélève aussitôt un fragment de la tumeur pour le fixer et l'examiner. M. le Professeur Ménétrier a bien voulu examiner la coupe : la paroi externe présente une assise de cellules endothéliales indiquant l'origine vraisemblablement péritonéale de ce kyste qui serait dû à un enclavement péritonéal produit pendant l'évolution.

DEUXIEME OBSERVATION

Kyste de la fosse iliaque et de la région lombaire gauches

(Observation due à l'obligeance de M. le Docteur Cadenat)

La malade, âgée de 31 ans, entre parce qu'elle a dans la fosse iliaque gauche une masse qui la gêne.

Il y a trois mois, la malade a senti elle-même, à la main, la présence de cette masse qui alors ne la gênait pas du tout. Depuis, quelques troubles fonctionnels ont apparu : pesanteur dans la position assise, s'accroissant lorsque la malade est debout, s'accompagnant de grande fatigue et de courbatures dans la région lombaire. Il n'y a jamais eu, en tout cas, de véritable douleur dans le ventre.

Les règles sont normales ; exceptionnellement, les dernières, le 23, ont été suivies, cinq jours après, de quelques pertes qui n'ont pas duré.

Elle a souvent des pertes aqueuses, fluides, ne tachant pas le linge.

Elle a fait une fausse-couche il y a cinq ans.

La malade est très constipée depuis environ cinq ans, mais il lui semble qu'elle l'est plus encore depuis qu'elle a senti cette tuméfaction dans la fosse iliaque, n'allant pas à la selle que lorsqu'elle a pris une purge. Les matières sont quelquefois entourées, semble-t-il, de glaires.

La malade urine en général tout à fait normalement,

mais plusieurs fois, au mois d'août dernier, elle a senti une douleur au niveau de la tumeur en urinant.

La malade a fréquemment envie de vomir.

Insomnie.

Amaigrissement de 10 kilogrammes en trois ans.

Examen. — Actuellement, on sent dans l'hypocondre gauche une masse obliquement allongée en bas et en dedans.

Pôle inférieur descendant dans la fosse iliaque à un travers de doigt au-dessous de la ligne bis iliaque, pôle supérieur à deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque.

Cette masse donne nettement le contact lombaire ; on la sent glisser entre les deux mains. Elle est mobile sous la peau, mobile sur le plan verticalement et latéralement. La masse est de consistance ferme, rénitente, de surface lisse, unie, arrondie.

Les bords sont mousses.

Mate à la percussion.

La pression est douloureuse.

D'autre part, la malade présente, depuis sa dernière grossesse, une masse dans le sein gauche qui s'est développée rapidement et est restée stationnaire depuis.

Pas de ganglions axillaires.

A la palpation. — Sensation granuleuse dans tout le sein gauche. En outre, à deux travers de doigt au-dessus et en dedans du mamelon : petit noyau dimension

d'une amende, très dur, sans rénitence, très mobile, sans adhérence.

Pas de ganglion.

Opération. — 2 décembre 1926.

Anesthésie éther.

Incision partant, en bas, au niveau de la ligne ombilico-iliaque et remontant vers la région lombaire gauche, en vue d'une nephropexie.

Incision des muscles de la paroi jusqu'au péritoine, avec l'intention de faire un décollement sous-péritonéal. On est frappé, à ce moment, de la minceur du péritoine. En réalité, on se trouve déjà sur une poche kystique tout à fait mince, translucide, analogue à une vaginale distendue qui se trouve dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, dont on fait très facilement le tour, car il n'existe aucune adhérence et qu'on enlève sans avoir la moindre pédicule à lier.

La tumeur enlevée, la loge est limitée :

En avant, par le péritoine ;

En arrière, par la fosse iliaque ;

En haut, on peut sentir le pôle inférieur du rein en position normale. Il s'agit donc d'un kyste sous-péritonéal sans connexions avec le rein.

Forme et dimensions d'un gros rein légèrement hydronéphrotique.

Une ponction avec examen chimique sera faite lorsque la pièce aura été examinée.

Nous avons vu le résultat de l'examen chimique. La pièce fut ensuite montée, puis examinée par M. le Professeur Ménétrier. Malheureusement, l'absence d'épithélium empêche d'affirmer l'origine de ce kyste qui, à cause de son siège, doit vraisemblablement être d'origine wolffienne.

CONCLUSIONS

Les kystes séreux de l'abdomen, dont les observations deviennent de plus en plus fréquentes, peuvent être classés en trois groupes, en se servant comme base de leur pathogénie :

- Les kystes congénitaux;
- Les kystes inflammatoires;
- Les kystes lymphatiques.

Leur symptomatologie très variable est celle de toutes les masses abdominales à évolution lente et leur diagnostic n'est de règle qu'en diagnostic de probabilité. Cette réserve est encore plus vraie lorsque survient une complication, torsion ou infection, complication apparaissant d'ailleurs dans 1/5^e des cas.

Enfin, si l'ablation d'un kyste simple peut être discutée, elle s'impose dans le cas de kyste compliqué. Lorsque l'ablation est trop pénible, mieux vaut marsupialiser, en ayant soin de laisser la plaie se fermer par la profondeur.

Vu : Le Doyen,
ROGER.

Vu : Le Président de Thèse,
LEJARS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Recteur, l'Inspecteur d'Académie :

MAURELLET.



BIBLIOGRAPHIE

- AZER. — *American journal*, sc janvier 1906.
- ANSINOFF. — *Chirurguia*, mars 1911.
- ASHURST et Mc GUIRE. — *The journal of the American Medical Association*, 1920.
- AUVRAY. — *Congrès de l'Association française de chirurgie*, octobre 1910.
- BARRER. — *Beiträge zur Klinischen chirurgie*, novembre 1910.
- BAUMANN. — *Münchenen niedizinische Wochenschrift*, octobre 1909.
- BÉRARD et DUNET, ALBERTIN et GOULLIOND. — *Société de chirurgie de Lyon*, février 1925. *Lyon chirurgical*, mai-juin 1925.
- BRAQUEHAYE. — *Revue de chirurgie*, 1892.
- CARTER. — *Surgery, Gynecology and obstetrics*, 1921.
- CARTOLINI. — *La clinica chirurgica*, 1913.
- CAVE. — *Surgery, Gynecology and obstetrics*, novembre 1925.
- CAVINA. — *Bulletino delle scienze mediche*, 1923.
- CHIFOLIARE. — *Progrès médical*, mars 1911.
- CORDERO. — *La clinica chirurgica*. Décembre 1910.
- CUNEO. — *Archives générales de médecine*, 1909, n° 2.
- DEAVER. — *Annals of surgery*, mai 1909.
- DE AGUIAR. — *Gazeta clinica*, janvier 1920.
- DESPLAS. — *Bulletin de la société nationale de chirurgie*, 1922.
- DUARING. — *Bulletin de la société nationale de chirurgie*, 1919.
- DUVERGEY. — *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1921.
- FINKELSTEIN. — *Roussky Chirowgnitchevsky*, archiv. 1909.
- GALLINA. — *Il policlinico*, juin 1909.
- HALL. — *New-York medical journal*, 12 février 1911.
- HERTZ. — *Bulletin de la société nationale de chirurgie*, 1923.
- VON KIPPEL. — *Archiv. für Klinische Chirurgie*, 1909.
- KADIANE. — *Chirurguia*, octobre 1910.
- KROGUIO. — *Finsha Laekaresallskapet Handlingar*, 1921.

- LAPOINTE. — **Bulletin de la société nationale de chirurgie**, 1919.
- LAPOINTE. — **Bulletin de la société nationale de chirurgie**, 1922.
- LECENE. — **Presse médicale**, novembre 1913.
- LEGUEN. — **Journal d'urologie médicale et chirurgicale**, février 1922.
- MAKINO. — **Annals of surgery**, mars 1911.
- MARNETTA VOGT. — **The american journal of obstetrics and Gynecology**, décembre 1925.
- MAURY. — **Surgery Gynecology and obstetrics**, juin 1918.
- NAUMANN. — **Archiv. für Klinische chirurgie**, 1921.
- MADIER et NATHAN. — **Bulletin de la société nationale de chirurgie**, 1924.
- LOUDARD. — **Bulletin de la société nationale de chirurgie**, 1921.
- OKINCZIC. — **Bulletin de la société nationale de chirurgie**, 1922.
- PALOTTI. — **Bulletino delle scienze mediche**, 1926.
- PATEL, CREYSSEL et VACHEY. — **Lyon chirurgical**, mars-avril 1926.
- POTEL. — **Bulletin de la société nationale de chirurgie**, 1904.
- POTHERAT. — **Bulletin de la société nationale de chirurgie**, 1905.
- PYBUS. — **Lancet**, janvier 1917.
- QUENU. — **Société de chirurgie**, 16 février 1911.
- SALVA MERCADE. — Thèse, Paris 1905.
- SECFISCH. — **Deutsche medizinische Wochenschrift**, octobre 1909.
- SELIGA. — **Bratislavohe Lekaroche Lisky**, 1925.
- SHALLOW. — **Annals of surgery**, avril 1925.
- VAN ROBERT SCHIRMER. — **Munchenen medizinische Wochenschrift**, 1924.
- TEDENAT. — **La gynécologie**, 1922.
- TERRIER et LECENE. — **Revue de chirurgie**, 1906.
- TRUTIE. — **Bulletin de la société nationale de chirurgie**, 1919.
- TWISTINGTON HIGGINS, et ERIC LLOYD. — **British journal of surgery**, juillet 1924.